

地域福祉計画評価の指標開発

—主観的健康感へのソーシャル・キャピタルと社会経済的地位の関連—

長谷中 崇 志
高 瀬 慎 二

I. はじめに

市町村を基盤とした地域福祉の推進を図っていくための手段として、地域福祉計画が位置づけられ、各自治体において地域福祉計画の策定・推進がなされている。地域福祉を推進していく上で、根拠に基づく政策 (evidence-based policy) や根拠に基づく実践 (evidence-based practice) が求められているが、これまでの社会福祉・地域福祉の政策や実践は、必ずしも十分な科学的根拠に基づいて行われてきたわけではないことが指摘されており¹⁾⁻³⁾、政策や実践における根拠の科学性を高めていくことが重要な課題となっている。地域福祉計画に関する先行研究をみても、計画の評価に関する研究が今後の課題⁴⁾となっており、地域福祉計画評価の方法論の確立にむけた研究の蓄積が求められている。特に、「市町村行政にとって地域福祉計画の必要性や有用性は、依然として明確になっているわけではない」現状⁵⁾を克服していくことの必要性が指摘されており、地域福祉計画の成果 (アウトカム) の可視化にむけた指標を開発していくことが課題の一つとなっている。

このような背景のもと、地域社会に影響を与える社会環境要因の一つとして、ソーシャル・キャピタルが注目されている⁶⁾。ソーシャル・キャピタルの定義や測定指標については、研究の文脈によって異なっており、必ずしも定まっていないが、一般的には、「調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった、社会組織の特徴」⁷⁾と定義され、社会関係資本と訳される。ソーシャル・キャピタルに関する研究は様々な学問領域で取り組まれているが、近年、ソーシャル・キャピタルと健康との間に関連がみられることを実証する研究が多く報告されている⁸⁾⁻¹²⁾。つまり、因果関係を明示するまでには至っていないが、ソーシャル・キャピタルに関する研究において健康分

野は最も実証研究が進んでいる分野の一つと指摘されるように¹³⁾、ソーシャル・キャピタルの豊かさが地域住民の健康に寄与することが示唆されており、ソーシャル・キャピタルを活用することにより、地域住民の「健康」という観点から定量的な地域診断が行える可能性がある。さらに、ソーシャル・キャピタルから健康への影響経路が解明され、ソーシャル・キャピタルを豊かにすることによって住民の健康水準を高めることにつながるという因果関係が実証されると、地域社会における介護予防・健康政策への適用も期待される。また、所得や学歴などの社会経済的地位が健康に影響を与えることが国内外の先行研究において明らかにされており、日本においても社会階層間における健康格差という文脈で研究が進められている¹⁴⁾。特に、所得格差の拡大が健康に悪影響を及ぼすとする「相対所得仮説」¹⁵⁾への関心が高まり、所得と健康との関連についての実証研究が国内外で行われている¹⁶⁾⁻¹⁸⁾。しかし、この仮説の検証はまだ十分にされておらず、今後の研究課題の一つとなっている¹⁹⁾。

また、住民の幸福 (well-being) を基軸にして、住民の幸福を尺度にした地域社会の実現を目指す取り組みが広がっている。具体的には、地域社会の幸福度を測る指標を開発し、地域社会の幸福度を可視化した上で、その幸福度を最大化していこうとする取り組みである²⁰⁾。国際的には、ブータン王国が提唱したGNH (Gross National Happiness: 国民総幸福量) 指標に基づき、国民の幸福を高めていく政策が知られている。日本においても、国政レベルにおいて、2013年12月に内閣府「幸福度に関する研究会報告—幸福度指標試案—」が示され、また、地方自治体レベルにおいては、2013年6月に「住民の幸福実感向上を目指す基礎自治体連合 (通称: 幸セリーグ)」²¹⁾が結成される等、住民の幸福に焦点をあてて幸福度の

数値化を図り、政策形成に反映させていくという、住民の幸福を基軸にした地域社会づくりが重視されるようになってきている²²⁾。ただし、幸福度指標の構成要素や測定方法は様々であり、幸福度の評価方法を確立していくための検証を蓄積していくことが必要である。

これらをふまえて本研究では、地域福祉計画の評価指標の開発にむけた基礎的分析として、A市における調査データを基に、ソーシャル・キャピタルと社会経済的地位（所得・学歴）を取り上げ、それらと身体的・精神的健康度や幸福度との関連を明らかにすることを目的とする。今回の分析では、健康の指標として、国内外の多くの先行研究において生命予後や日常生活動作能力（ADL）予後の予測妥当性が示されている²³⁾「主観的健康感」に焦点をあてて検証する。

II. 方法

(1) 調査対象

本研究で用いるデータは、A市第2次地域福祉計画策定にむけて実施されたアンケート調査である。具体的には、住民基本台帳より無作為抽出された18歳以上の男女6,000人を対象として（地区別に抽出人口を算出）、2012年8月に市役所を通じた郵送配布回収調査を行った。回収数は2,316票（回収率38.6%）であった。A市の概要は以下の通りである。人口約3万人の地方都市で、約10,000世帯、高齢化率約26.0%、9小学校区、3中学校区（2010年国勢調査）。

(2) 調査項目

幸福度、主観的健康感、精神的疲労・ストレスの程度について調査項目を設け、それぞれの項目についてソーシャル・キャピタル、回答者の所得および最終学歴との関係を検討した。ソーシャル・キャピタルの定義や測定指標については統一されていないため、先行研究をふまえ²⁴⁾⁻²⁶⁾、本研究では、ソーシャル・キャピタルの主な構成要素とされている「信頼」「ネットワーク」に焦点をあてて分析を行った。幸福度については11段階、主観的健康感については3段階、精神的疲労・ストレスについては5段階で評定を求めた。評定値が大きいほど、幸福度が高いこと、主観的な健康度が悪い

こと、精神的疲労・ストレスが高いことを意味している。

III. 結果

(1) アンケート回答者の基本属性

アンケート調査の回答者の性別は男性が1,010名、女性が1,283名、未記入が23名であった。年齢別の回答者の分布は図1の通りである。50～70代からの回答が多かった。

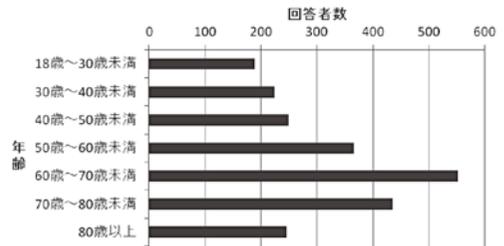


図1 年齢別の回答者の分布

また、最終学歴別の回答者の分布を図2に示した。男女とも新学制での高校が最終学歴として最も多く、中学校、大学、高専・短大がそれについて多くなっていた。

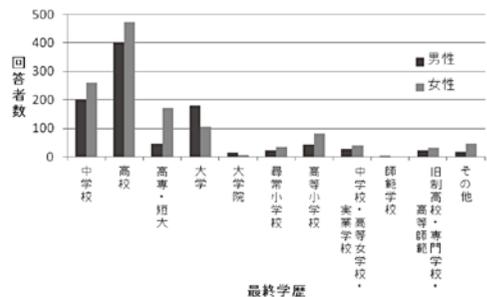


図2 最終学歴別の回答者の分布

(2) ソーシャル・キャピタルと主観的健康感との関連

ソーシャル・キャピタルの1要素である「信頼」と主観的健康感の関連について検討した。人々への一般的な信頼感については5段階（1から5）、主観的健康感については3段階（1から3）で評定し、数値が小さいほど信頼感が高いこと、主観的な健康状態が良いことを意味する。調査の結果、一般

的な信頼感が高いほど、主観的健康感も良くなる傾向にある(評定値が小さくなる)ことが明らかになった(表1)。信頼の程度によって幸福度、主観的健康感、および精神的疲労・ストレスに相違があるか検討するため、信頼度を3段階に分け(評定値を1、2と回答したものを「信頼あり」、3と回答したものを「どちらとも言えない」、4、5と回答したものを「信頼なし」)比較し、信頼度を要因とする一要因の分散分析を行った(図3)。

表 1 信頼と主観的健康感の関係

	一般的な信頼感				
	1ほとんどの人は信頼できる	2	3	4	5ほとんどの人は信頼できない
主観的健康感 平均値 (SD)	1.70 (0.63)	1.83 (0.62)	1.88 (0.64)	1.93 (0.74)	2.04 (0.76)

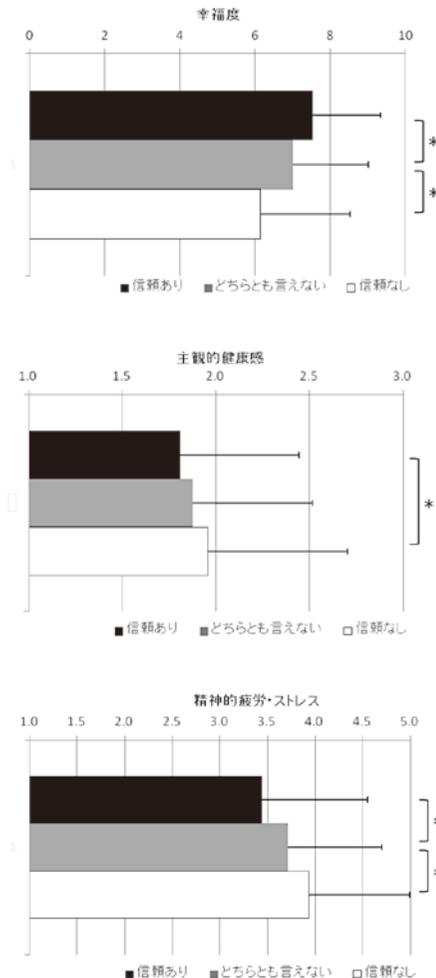


図 3 信頼の程度と幸福度、主観的健康感、精神的疲労・ストレスとの関係 (*: $p < .05$)

表 2 近隣住民とのつきあいの程度と幸福度、主観的健康感、精神的疲労・ストレスとの関係

	幸福度	主観的健康感	精神的疲労・ ストレス
つきあいは無い	5.77 (2.37)	1.91 (0.81)	3.87 (1.07)
あいさつ程度	6.73 (2.11)	1.80 (0.67)	3.72 (1.05)
世間話する	7.29 (1.85)	1.90 (0.65)	3.55 (1.10)
家を行き来する	7.43 (2.03)	1.96 (0.68)	3.87 (1.15)
相談やお互い分け	7.63 (1.97)	1.92 (0.61)	3.72 (1.06)

注：表中のカッコ内の数値は標準偏差を示す

一般的な信頼が高い「信頼あり」と回答したものは、「信頼なし」と回答したものよりも幸福度も高く ($F_{2,1835} = 52.81, p < .01$)、主観的に健康であり ($F_{2,1831} = 5.85, p < .01$)、精神的疲労・ストレスも少ない ($F_{2,1834} = 26.48, p < .01$) ことが明らかになった。また、構成要素の「ネットワーク」と主観的健康感について、近隣住民とのつきあいの程度を指標とし健康との関連を検討した。しかし、近隣住民とのつながりと幸福度、主観的健康感、精神的疲労・ストレスの間には明確な関係性は認められなかった(表2)。

(3) 所得(世帯収入)と主観的健康感との関連

現在の生活に対する幸福度と主観的健康感の両者に対して、所得との関連を検討した(図4)。幸福度については、0から10の11段階で評定し、値が大きいほど幸福度が高いことを意味する。所得別に評定の平均値を求めたところ、所得が多くなるほど現在の生活に対する幸福度が高くなることが明らかになった。所得が800～900万、2000万以上の回答者は主観的健康感を悪く評定していた(評定値が高い)が、全体的な傾向としては所得が多くなるほど、主観的健康感も良くなる傾向(評定値が低い)にあった。

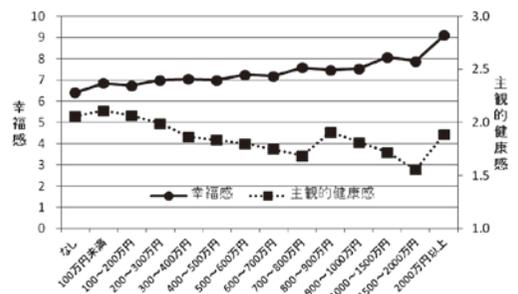


図 4 所得別の現在の生活に対する幸福度と主観的健康感の関係

また、これらについて男女別に比較すると、幸福感については性別に関係なく年収が高くなると、幸福感が高くなる傾向にあり、年収に関係なく女性の方が男性よりも幸福感が高い傾向にあった。主観的健康感については男女関係なく年収の増加に伴い、数値が低くなり健康であると感じている傾向にあった。男性、女性での差はあまりみられないが、800万以上の高収入の人たちでは男性の方が女性よりも健康度が低い（評定値が高い）傾向にあった（図5）。

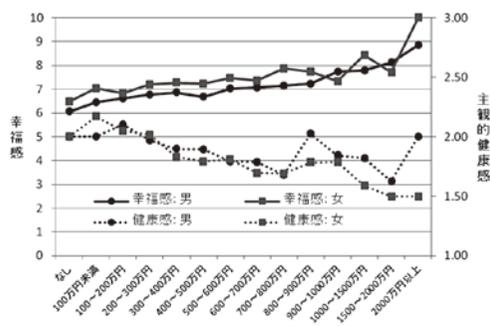


図5 所得別の現在の生活に対する幸福度と主観的健康感の関係（男女別）

(4) 学歴と主観的健康感との関連

最終学歴と主観的健康感との関連について新学制の中学校、高等学校、高専・短期大学、大卒以上（大学・大学院）を最終学歴と回答した者を対象に男女別に分析した。

幸福度については最終学歴による差は認められず ($F_{3,1792} = 1.14, n.s.$)、性別による差が認められ ($F_{1,1792} = 12.61, p < .01$)、女性の方が男性よりも幸福度が高かった（図6）。

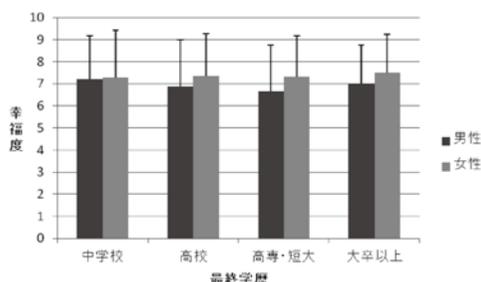


図6 最終学歴別の幸福度（男女別）

最終学歴によって主観的健康感に差が存在し ($F_{3,1801} = 11.68, p < .01$)、高専・短大と大卒以上との間以外に有意差が存在し、学歴が長くなるほど主観的な健康度が高くなっていったが、それらに性差は認められなかった ($F_{1,1801} = 0.66, n.s.$)（図7）。

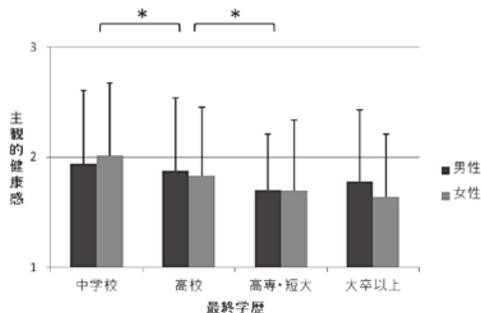


図7 最終学歴別の主観的健康感（男女別）

精神的疲労・ストレスについて性差 ($F_{1,1797} = 10.69, p < .01$)、および最終学歴による差 ($F_{3,1797} = 10.20, p < .01$) が認められた。女性の方が男性よりも評定値が高く、最終学歴が中学校とその他の場合との間で有意差があった（図8）。

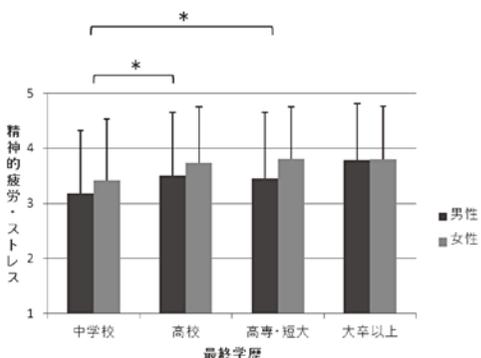


図8 最終学歴別の精神的疲労・ストレス（男女別）

IV. 考察

(1) ソーシャル・キャピタルと主観的健康感との関連

一般的な信頼感が高くなるほど、主観的な健康感も良くなる傾向が認められ、ソーシャル・キャピタルの1構成要素である「信頼」が健康と関連していることが明らかになった。一方で、近隣住民とのつきあいの程度を指標とする基礎的なレベ

ルの分析では、「ネットワーク」と健康との関連は不明であった。ただし、先行研究において、地域諸特性がソーシャル・キャピタルに影響を与える可能性が示され、地域レベルでのソーシャル・キャピタルに関する研究を進めていく必要性が指摘されている²⁷⁾⁻²⁸⁾。また、地域組織への参加と健康には関連がみられること、ボランティアやスポーツ、趣味の会などの水平型組織と町内会・自治会などの垂直型組織といった参加組織の種類によって違いがみられることが報告されている²⁹⁾⁻³¹⁾。今後、「信頼」「ネットワーク」と健康との関連についてさらなる分析が求められる。

(2) 所得(世帯収入)と主観的健康感との関連

所得が多いほど、幸福感が高く、主観的健康度も高く評定される傾向にあることがわかった。これらは、所得の多寡が抑うつ傾向の多寡と関連しているという報告³²⁾と同様に所得の格差が個人の幸福感や主観的健康感にも影響していることを示している。なお、先行研究では、「経済格差の大小という地域特性」によって幸福感に及ぼす影響が異なる可能性があること³³⁾、客観的な所得水準だけでなく主観的な経済的不安が主観的健康感に影響をもたらす可能性があること³⁴⁾も示されており、今後の検討課題である。また、本調査では世帯収入を所得としているため、世帯人員数を考慮して分析をする必要がある。

(3) 学歴と主観的健康感との関連

学歴が長くなるほど、主観的健康度は高くなるが、精神的疲労・ストレスも高くなる傾向が認められた。幸福度については男性よりも女性の方が高いが、一方で精神的疲労やストレスについては大卒よりも短い学歴の場合に女性の方が高くなることが明らかになった。先行研究において、教育年数が長い層で主観的健康感が良いと報告されており³⁵⁾⁻³⁶⁾、それらを支持する結果となった。精神的疲労・ストレスに関しては、職業階層や就業状態による健康への影響が先行研究で指摘されており³⁷⁾、それらの要因が関連している可能性が考えられる。

V. おわりに

本研究では、地域福祉計画の評価指標の開発にむけた基礎的分析として、A市における調査データを基に、ソーシャル・キャピタルと社会経済的地位(所得・学歴)を取り上げ、それらと主観的健康感との関連を検証した。

その結果、以下の3点の知見が得られた。①ソーシャル・キャピタルの構成要素である「信頼」が健康と関連していること。②所得が多いほど、幸福感が高く、主観的健康度も高く評定される傾向にあり、所得の格差が個人の幸福感や主観的健康感にも影響している可能性が示唆されたこと。③学歴が長くなるほど、主観的健康度は高くなるが、精神的疲労・ストレスも高くなる傾向にあること。

今後の課題として、ソーシャル・キャピタルと主観的健康感の関連について、若年層や高齢層といった年代別の比較、他地域との比較などについて、さらなる詳細な分析を進めていくことが必要である。また、本研究は横断分析にとどまっている。今後、地域介入研究に取り組み、因果関係を解明していくことが求められる。

注・引用文献

- 1) 牧里毎治(2006)「地域福祉実践の記録、評価、研究—地域福祉計画の評価の視覚から—」日本地域福祉学会『日本の地域福祉』20, pp.1-2.
- 2) 二木立(2007)『介護保険制度の総合的研究』勁草書房, pp.237-253.
- 3) 近藤克則(2005)『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか—』医学書院, pp.172-82.
- 4) 和気康太(2006)「地域福祉実践研究の方法論的課題—地域福祉計画の研究・開発と評価研究を中心に—」『日本の地域福祉』20, pp.15-30.
- 5) 平野隆之・朴兪美・澤田和子(2013)「地域福祉計画における進行管理と地域福祉行政の形成—市町村第2期地域福祉計画の調査から—」『日本の地域福祉』26, pp.41-51.
- 6) 稲葉陽二・大守隆・近藤克則ほか編(2011)『ソーシャル・キャピタルのフロンティア—その到達点と可能性—』ミネルヴァ書房.
- 7) Putnam, R.D. (1993) *Making Democracy*

- Work: Civic Traditions in Modern Italy.*, Princeton University Press, New Jersey. (=河田潤一訳 (2001)『哲学する民主主義—伝統と改革の市民的構造—』NTT出版) pp.206-207.
- 8) Kim, D., Subramanian, S.V., Gortmaker, S.L., Kawachi I. (2006) *Us State- and County-Level Social Capital in Relation to Obesity and Physical Inactivity: A Multilevel, Multivariable Analysis*, *Social Science Medicine*, 63(4) pp.1045-1059.
- 9) 市田行信 (2007)「ソーシャル・キャピタル—地域の視点から—」近藤克則編『検証「健康格差社会」—介護予防に向けた社会疫学大規模調査—』医学書院,pp.107-115.
- 10)Kawachi, I., Subramanian, S.V., Kim, D.(2008) *Social Capital and Health.*, Springer Science.
- 11)Fujisawa, Y., Hamano, T., Takegawa, S.(2009) *Social Capital and Perceived Health in Japan: An Ecological and Multilevel Analysis*, *Social Science Medicine*, 69(4) pp.500-505.
- 12) Murayama, H., Fujiwara, Y., Kawachi, I. (2012) *Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies*, *J Epidemiol*, 22(33) pp.179-187.
- 13) Putnam, R.D. (2000) *Bowling Alone : The Collapse and Revival of American Community*, Simon & Schuster.
- 14) 近藤克則 (2005) 前掲書3).
- 15) Wilkinson, R.G. (1996) *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London.
- 16) Subramanian, S.V., Blakely, T., Kawachi, I.(2003)*Income Inequality as A Public Health Concern: Where Do We Stand? Commentary on "Is Exposure to Income Inequality A Public Health Concern?"* *Health Serv Res*, 38(1 Pt 1) pp.153-167.
- 17) Ichida, Y., Kondo, K., Hirai, H., Hanibuchi, T., Yoshikawa, G., Murata, C.(2009)*Social Capital, Income Inequality and Self-rated Health in Chita Peninsula, Japan: A Multilevel Analysis of Older People in 25 Communities*, *Social Science Medicine*, 69(4) pp.489-499.
- 18) Yamazaki, S., Fukuhara, S., Suzukamo, Y.(2005)*Household Income is Strongly Associated With Health-related Quality of Life Among Japanese Men But Not Women*, *Public Health*, 119(7) pp.561-567.
- 19) 橋本英樹 (2006)「所得分布と健康」川上憲人・小林廉毅・橋本英樹編『社会格差と健康—社会疫学からのアプローチ—』東京大学出版会, pp.37-60.
- 20) 冷水豊編 (2009)『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進—フォーマルケアとインフォーマルケアの新たな関係をめざして—』有斐閣.
- 21)「住民の幸福実感向上を目指す基礎自治体連合設立趣意書」(2013). 「幸せリーグ」では、「住民の幸福度」に基づく行政運営を行い、「真に住民本位の行政の実現、そして、誰もが幸福を実感できるあたたかい地域社会の実現」を目的としており、55市区町村が加入している(2014年6月2日現在). 発起自治体である荒川区では、2005年より住民の幸福度を測る指標「荒川区民総幸福度(GAH)」を開発し、行政運営に反映させている. 幸せリーグに関して詳しくは、<http://www.city.arakawa.tokyo.jp/kusei/topics/shiawaseleague.html> (2014年10月1日閲覧)を参照.
- 22) 住民の幸福を基軸にした地域社会づくりが重視されている背景として、先進国においては、経済的な豊かさと幸福との相関は低いこと(「幸福のパラドックス」)が国内外の研究で実証されたことがあげられる. 例えば、Frey, B., Stutzer, A. (2002) *Happiness and Economics: How the Economy and Institutions Affect Human Well-Being*, Princeton University Press. を参照.
- 23) 岡戸順一・星旦二・長谷川明弘ほか (2000)「主観的健康感の医学的意義と健康支援活動」『総合都市研究』73,pp.125-133.
- 24) Putnam,R.D. (1993) *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, New Jersey.
- 25) 稲葉陽二(2011)「ソーシャル・キャピタルとは」

- 前掲書6) pp.1-9.
- 26) 儘田徹(2010)「日本におけるソーシャル・キャピタルと健康の関連に関する研究の現状と今後の展望」『愛知県立大学看護学部紀要』16, pp.1-7.
- 27) 埴淵知哉・市田行信・平井寛ほか(2008)「ソーシャル・キャピタルと地域—地域レベルソーシャル・キャピタルの実証研究をめぐる諸問題—」稲葉陽二編『ソーシャル・キャピタルの潜在力』日本評論社, pp.55-72.
- 28) 埴淵知哉・平井寛・近藤克則ほか(2009)「地域レベルのソーシャル・キャピタル指標に関する研究」『厚生指標』56(1) pp.26-32.
- 29) Putnam,R.D.(1993) 前掲書24).
- 30) 吉川郷主(2007)「地域組織への参加」前掲書9) pp.83-90.
- 31) 近藤克則(2013)「公衆衛生における地域の力(ソーシャル・キャピタル)の醸成支援」『保健師ジャーナル』69(4) pp.252-259.
- 32) 近藤克則(2005) 前掲書3).
- 33) 古里由香里・佐藤嘉倫(2014)「主観的幸福感とソーシャル・キャピタル—地域の格差が及ぼす影響の分析—」辻竜平・佐藤嘉倫編『ソーシャル・キャピタルと格差社会—幸福の計量社会学—』東京大学出版会, pp.189-208.
- 34) 遠藤秀紀「就業状態・経済的不安」(2007) 前掲書9) pp.99-105.
- 35) 吉井清子・近藤克則・平井寛ほか(2005)「日本の高齢者—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査(2) 高齢者の心身健康の社会経済格差と地域格差の実態」『公衆衛生』69(2) pp.145-148.
- 36) 日比野由利・高木二郎・神林康弘ほか(2011)「ソーシャル・キャピタルと主観的健康感—JGSS(日本版総合社会調査)データから—」『日本予防医学会雑誌』6(1) pp.7-16.
- 37) 堤明純(2006)「職業階層と健康」前掲書19) pp.81-101.

Development of Indicator for the Community-based Welfare Plan Evaluation: Relevance of Social Capital and Socio-economic Status to Self-Rated Health

Hasenaka, Takashi*

Takase, Shinji*

本研究では、地域福祉計画の評価指標の開発にむけた基礎的分析として、A市における調査データを基に、ソーシャル・キャピタルと社会経済的地位（所得・学歴）を取り上げ、それらと身体的・精神的健康度や幸福度との関連を明らかにすることを目的とする。今回の分析では、健康の指標として、国内外の多くの先行研究において生命予後や日常生活動作能力（ADL）予後の予測妥当性が示されている「主観的健康感」に焦点をあてて検証した。

その結果、以下の3点の知見が得られた。①ソーシャル・キャピタルの構成要素である「信頼」が健康と関連していること。②所得が多いほど、幸福感が高く、主観的な健康度も高く評定される傾向にあり、所得の格差が個人の幸福感や主観的な健康感にも影響している可能性が示唆されたこと。③学歴が長くなるほど、主観的な健康度は高くなるが、精神的疲労・ストレスも高くなる傾向にあること。

キーワード：地域福祉計画評価, ソーシャル・キャピタル, 社会経済的地位 (所得・学歴),
主観的健康感, 幸福度